

BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur
Hamburger Landsmannschaft der Pommern e.V.

Name _____ Geburtsname _____

Vorname _____

geboren am _____ in _____

heutiger Beruf _____

PLZ _____ Ort _____

Straße _____

Telefon _____ Fax _____

Mobil _____ eMail _____

Letzter Wohnort vor der
Vertreibung oder Flucht _____

_____ Kreis _____

früherer Beruf _____

Zur Unterstützung unserer Landsmannschaft bin ich bereit, ab Monat _____
Jahr 20__ einen monatlichen Beitrag von € 2,-- bzw. einen jährlichen Beitrag von € 22,--
zu zahlen.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____

Bitte einsenden an:
Hamburger Landsmannschaft der Pommern e.V.
Teilfeld 8
20459 Hamburg

aufgenommen von _____ am _____

€ _____ bezahlt für Zeitraum _____